

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1012

ANNÉE 1960

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Antoine PRUNETTI

Né le 7 Juin 1933, à Bône (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

196

**41 CAS DE MENINGITE CEREBROSPINALE
A MENINGOCOQUES
DANS LA VILLE DE BONE**

•

**Causes favorisantes — Modes de début
Evolution et traitement**

Président : M. MOLLARET, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1960

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Antoine PRUNETTI

Né le 7 Juin 1933, à Bône (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

196

**41 CAS DE MENINGITE CEREBROSPINALE
A MENINGOCOQUES
DANS LA VILLE DE BONE**

•

**Causes favorisantes — Modes de début
Evolution et traitement**

Président : M. MOLLARET, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Lœper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (<i>chaire à titre personnel</i>)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Broussais DE GENNES (L.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SOULIÉ (P.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)



MM.

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	
Clinique médicale propédeutique	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	
Cliniques obstétricales	} Baudelocque Port-Royal Tarnier
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)	
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	
Clinique de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	
Clinique stomatologique (Pitié)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	
Clinique urologique (Cochin)	
Electrophysiologie médicale (<i>chaire à titre personnel</i>)	
Embryologie	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Histologie	
Hygiène des collectivités (<i>chaire à titre personnel</i>)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine du Travail	
Médecine légale	
Parasitologie	
Pathologie chirurgicale	
Pathologie exotique	
Pathologie expérimentale et comparée	
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (<i>chaire à titre personnel</i>)	
Pathologie médicale	
Pathologie et thérapeutique générales	
Pharmacologie et matière médicale	
Physiologie	
Physiologie (<i>chaire à titre personnel</i>)	
Physique médicale	
Radiologie médicale	
Technique chirurgicale	
Thérapeutique	

DEBRAY (C.)	
PESTEUR VALLERY-RADOT (L.)	
DEROT (M.)	
PETIT-DUTAILLIS (D.)	
LACOMME (M.)	
N...	
VARANGOT (J.)	
RENARD (G.)	
AUBRY (M.)	
MARIE (J.)	
BERNARD (E.)	
MICHAUX (L.)	
LELONG (M.)	
COSTE (F.)	
DECHAUME (M.)	
SÉNÈQUE (J.)	
LEMAIRE (A.)	
FÉY (B.)	
DJOURNO (A.)	
GIROUD (A.)	
N...	
VERNE (J.)	
DEPARIS (M.)	
TURPIN (R.)	
JOANNON (P.)	
DESOLLE (H.)	
PIÉDELÈVRE (R.)	
GALLIARD (H.)	
COUVELAIRE (R.)	
LAVIER (G.)	
LENÈGRE (J.)	
MERKLEN (F.-P.)	
N...	
GARCIN (R.)	
CHEYMOL (J.)	
BINET (L.)	
BARGETON (D.)	
DOGNON (A.)	
DESGREZ (H.)	
PATEL (J.)	
BROUET (G.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)

MM.

Anesthésiologie	{ VOURC'H (G.) NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i> BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i> BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i> SCHAPIRA (G.) <i>m. conf.</i>

MM.

Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.) <i>m. conf.</i>
Carcinologie . . .	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie . .	DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Embryologie . . .	Tuchmann-Duplessis (H.)
Hématologie . . .	BILSKI-PASQUIER (G.)
	DAUSSET (J.)
Histologie	COIJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i>
	MAROIS (M.)
	RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . . .	BASTIN (R.)
	DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i>
	HADENGUE (A.)
	FOURNIER (E.)
	GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie . .	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
Obstétrique	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie . .	BRÉGEAT (P.)
	SARAUx (H.)
Orthopédie	JUDET (R.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino- laryngologie . . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie . . .	BRUMPT (L.C.) <i>pr. s. ch.</i>
	CHABAUD (A.)
	BARCAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	CAUCHOIX (J.)
	CHATELIN (C.-L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GERMAIN (A.)
	LAURENCE (G.) <i>agr. per</i>
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LOYGUE (J.)
	MERCADIER
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)

MM.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . . .	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LEPER (J.)
	MAURICE (J.)
	PLAS (F.)
	RICHET (G.)
	AUSSANNAIRE (M.)
	BOUR (H.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i>
	CATINAT (J.)
Pathologie médicale	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	FREZAL (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Cl.)
	LESOBRE (R.)
	MACREZ (C.)
	NICK (J.)
	PEQUIGNOT (H.) <i>m. conf.</i>
	ROYER (P.)
	WOLFROMM (R.)
	JOSEPH (R.)
Pédiatrie- Puériculture . . .	MANDE (R.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	ROSSIER (A.)
Pharmacologie . . .	LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>
	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
Physiologie	PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i>
Pneumo- Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . . .	DELBARRE (F.)
	CERNÉA (P.)
Stomatologie . . .	CHAPIUT (Mme A.)
	<i>m. conf. agr.</i>
	GRELLET (M.)
Thérapeutique . . .	CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.)	Clinique neuro- rhumatologique	DE SÈZE (S.)
	AMELINE (A.)		GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)	Clinique obstétricale	LEPAGE (F.)
	LÈGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
	VERNE (J.-M.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
	HAGUENEAU (J.) <i>pr. s. ch.</i>		
Clinique médicale	BOUDIN (G.)	Clin. pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
	CONTE (M.)		
	DOMART (A.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Biochimie médicale	ETTORI (J.) <i>prof. à titre personnel</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlles CHAINTREUIL (G.), HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOLLARET

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Infectieuses
de l'Hôpital Claude-Bernard
Médecin des Hôpitaux
Croix de Guerre

*Qui nous a fait le grand bonheur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.*

AU DOCTEUR GENOVA

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de tous
mes remerciements.*

INTRODUCTION

Nous avons assisté à une épidémie de méningite cérébro-spinale à méningocoque qui a touché la population de la ville de Bône entre la fin du mois de janvier et le début du mois de juillet 1960.

Nous en avons observé 41 cas dans le Service de Maladie infectieuse du Docteur GENOVA, à l'Hôpital de Bône.

Les remarques suscitées par ces observations font l'objet de cette thèse :

- elles confirment l'évolution favorable de la maladie sous l'influence du traitement par les associations d'antibiotiques;
 - elles confirment la notion de grande dispersion de la maladie par les porteurs de germes;
 - elles montrent la fréquence des formes peu fébriles.
-

RAPPEL HISTORIQUE

Bien que la méningite cérébrospinale à méningocoques ait dû exister de tous temps, on peut dire que son histoire ne commence vraiment qu'avec la description, par VIEUSSENS, de l'épidémie de méningite de Genève en 1805.

A partir de cette date, des épidémies sont signalées en Prusse, en Sicile, en France. En France, elles touchent surtout l'armée et sont propagées par le déplacement des régiments infectés.

Mais la maladie ne fut vraiment identifiée qu'en 1887, lorsque WEICHELBAUM découvre, dans le liquide céphalo-rachidien d'un sujet atteint de méningite, le germe qu'il appelle *Diplococcus intracellularis meningitidis*.

De 1900 à 1910, de nouvelles vagues épidémiques atteignent l'Europe, l'Amérique, l'Afrique du Nord. A partir de cette dernière date, l'affection prend une allure endémique en Europe avec quelques flambées épidémiques, comme celles de 1912 en Angleterre et de 1940 en France. En 1905, DOPTER et VAILLARD montrent que le rhinopharynx est le point de départ de l'affection.

De 1903 à 1911, se signalent les travaux de DOPTER, SACQUEPIE, NETTER, DEBRÉ.

La mortalité était, au début de l'histoire de la maladie, de 75 %. La sérothérapie ramène ce chiffre à 30 %. Mais la mortalité semblait augmenter lorsque l'apparition des sulfamides, en 1935, vint transformer le pronostic. Enfin, actuellement, avec les antibiotiques la mortalité est de 1 à 2 %.

CHAPITRE I

La méningite cérébrospinale ne disparaît jamais complètement dans les agglomérations importantes. Elle subsiste à l'état endémique, les méningocoques étant disséminés et entretenus par les porteurs de germes. Au cours de l'année, quelques cas de méningite apparaissent, sans qu'il soit possible apparemment d'établir un lien entre eux.

Parfois, le nombre des porteurs de germes se met à augmenter et à un moment donné une épidémie apparaît.

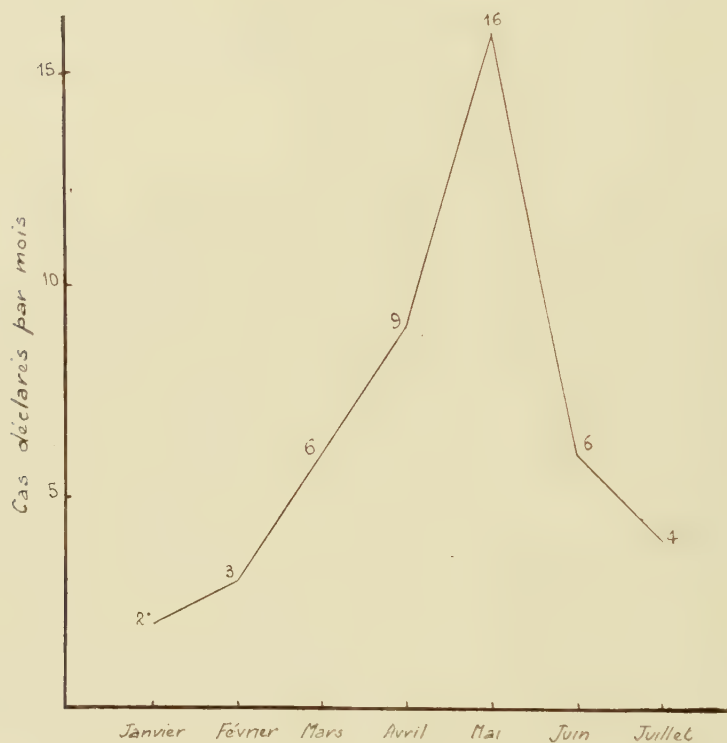
C'est ainsi que ces cinq dernières années, nous observions dans le Service de Maladies infectieuses de l'Hôpital de Bône, ville de 140.000 habitants, 6 à 8 cas par an de méningites cérébrospinales à méningocoques.

Nous avons assisté, à partir de la deuxième quinzaine du mois de janvier 1960, à une augmentation de la fréquence des cas hospitalisés et nous avons pu observer, dans le service, 42 cas de méningites cérébrospinales à méningocoques entre le 15 janvier et le 15 juillet 1960.

Le nombre de malades admis par mois pour méningite a augmenté progressivement, pour atteindre son maximum en mai. En effet, nous avons constaté :

— en janvier	2 cas
— en février	3 cas
— en mars	6 cas
— en avril	9 cas
— en mai	16 cas
— en juin	6 cas
— en juillet	4 cas

Le tout pouvant se représenter par une courbe en clocher ayant son sommet en mai.



Cette petite épidémie a débuté en hiver, duré six mois. Tout cela est bien dans les normes classiques de l'épidémiologie de la méningite cérébrospinale à méningocoques.

Mais ce qui nous a le plus surpris, ce fut l'extrême dispersion des cas observés. En effet, il ne nous a pas été possible de trouver un quartier, une rue, un immeuble, une collectivité quelconque qui soit particulièrement touché par la maladie. Nous n'avons pas non plus trouvé de liens d'aucune sorte entre les cas observés. Nous n'avons qu'un seul exemple de conta-

mination familiale : le jeune G. SAUVEUR, âgé de huit ans, et sa sœur, Anne-Marie, âgée de dix ans, hospitalisés à vingt-quatre heures d'intervalle dans le Service.

Deux hypothèses semblent donc à envisager :

- ou les mesures prophylactiques qui ont été prises dès que l'on s'est aperçu que la fréquence des cas augmentait ont été efficaces et une épidémie plus importante a été enrayée;
- ou les conditions secondaires déterminant l'éclosion de cas de méningites ont prévalu sur la contagiosité.

Rappelons brièvement quels sont les facteurs qui déterminent la méningite cérébrospinale.

Le méningocoque pénètre dans l'organisme et détermine au niveau des voies respiratoires supérieures une rhinopharyngite. Le sujet ainsi atteint de rhinopharyngite méningococcique n'est pas pour autant atteint de méningite. C'est un porteur de germes qui va transmettre dans son entourage le méningocoque. La méningite elle-même n'apparaît que comme une complication de la rhinopharyngite méningococcique, en dehors des périodes d'épidémie, on décèle 1 à 2 % de porteurs sains.

Le nombre des porteurs de germes peut augmenter à la faveur de certaines conditions et l'épidémie apparaît.

Ces conditions sont tout d'abord climatiques; en effet, le froid paraît avoir une influence sur le développement des épidémies qui débute presque toutes en hiver.

L'âge du sujet entre aussi en jeu. La méningite frappe surtout les premières années de la vie et l'adolescence.

Enfin les conditions sociales, l'habitat, l'hygiène ont un rôle incontestable dans le développement des épidémies. On a pu observer que dans l'entourage du malade, le pourcentage de porteurs de germes variait de 20 à 70 % suivant le milieu social (MARQUÉZY, BRUMPT et THOMAS).

Pour en revenir au cas qui nous intéresse, nous remarquons que l'épidémie a débuté fin janvier, ce qui implique une influence certaine du climat.

Si nous considérons l'âge des sujets atteints, nous trouvons :

— de 1 à 5 ans	10 cas
— de 5 à 9 ans	5 cas
— de 10 à 16 ans	14 cas
— de 16 à 20 ans	6 cas
— adultes	5 cas

Nous retrouvons là les données classiques. La fréquence des cas est grande dans les premiers âges de la vie; elle diminue ensuite pour augmenter dans l'adolescence et diminuer à nouveau vers l'âge adulte.

Enfin, remarquons que les sujets étudiés habitent les quartiers populeux de la ville où l'habitat et l'hygiène laissent le plus à désirer.

Il apparaît donc :

- que les porteurs de germes ont disséminé le méningocoque dans toute la ville, surtout dans les quartiers surpeuplés;
 - que le rôle du milieu social est indéniable;
 - que les mesures prophylactiques prises dès le mois de février ont été efficaces et qu'une épidémie importante semble avoir été ainsi empêchée.
-

CHAPITRE II

Voyons maintenant les principales constatations cliniques que nous avons pu faire par l'étude de ces 42 cas de méningite à méningocoques.

La lecture de ces observations confirme les notions classiques — absence de trépied méningitique, raideur de la nuque et contractures importantes. Nous retrouvons cela dans toutes les observations, mais nous avons été frappés par la fréquence des formes peu fébriles. En effet, nous trouvons 11 cas de méningite cérébrospinale débutant avec une température inférieure ou égale à 38°; 10 cas commençant entre 38° et 38°6.

— dans	2	observations		37°
— »	1	»		37°5
— »	11	»		38°
— »	12	»		38°5
— »	6	»		39°
— »	6	»		39°5
— »	4	»		40°

Classons tout d'abord dans un premier groupe d'observations ces méningites à début peu fébrile.

PREMIER GROUPE D'OBSERVATIONS

- OBSERVATION N° 1 : *A... Kaddour, treize ans*, habitant à Bône, entre dans le service le 15 mai 1960.

Céphalée, vomissements.

Raideur de la nuque.

Signes de Kernig, de Brudzinski.

Présence de nombreux polynucléaires et de méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

La température est de 38°2 à l'entrée et ne dépasse jamais ce chiffre.

L'évolution est favorable, sans séquelles.

- OBSERVATION N° 2 : *M... Oumhani, vingt-quatre ans*, habitant à Bône, entre dans le service le 11 mai 1960.

Elle présente :

— un syndrome méningé avec raideur et contractures importantes;

— un herpès;

— présence de méningocoques dans le L.C.R.;

— la température est de 38° à l'entrée;

— par ailleurs, grossesse de six mois et troubles psychiques discrets.

Evolution favorable.

- OBSERVATION N° 3 : *H... Zineb, seize ans*, habitant à Bône, entre le 16 juillet 1960 dans le service.

Il présente un syndrome méningé avec raideur de la nuque et contracture importante.

La P.L. ramène un liquide trouble contenant des polynucléaires et des méningocoques.

La température est de 37° à l'entrée, 37°3 le lendemain, jamais au-dessus.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 4 : *C... el Hamel, quinze ans*, habitant le Douar el Kantara, entre le 17 juin dans le service.

Syndrome méningé avec raideur très importante.

Quelques éléments purpuriques au niveau des membres inférieurs.

La température est à 37°8.

On ne retrouve pas de méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien, mais le purpura signe le diagnostic de méningite à méningocoques.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 5 : *D... Salem, dix ans*, habitant à Bône, entre le 17 juin 1960 dans le service.

Syndrome méningé.

Présence de méningocoques dans le L.C.R.

La température, de 36°8 à l'entrée, monte à 37°8 le lendemain, tombe les quatre jours suivants vers 37°; à noter un clocher thermique à 37°7 le sixième jour.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 6 : *B... Messaoude, treize ans*, habitant à Bône, entre dans le service le 4 mai 1960.

Syndrome méningé.

La ponction lombaire ramène un liquide hypertendu, purulent, contenant des polynucléaires et des méningocoques.

La température est à 38°.

- OBSERVATION N° 7 : *S.N.P. Abdeselem, sept ans*, habitant à Bône, entre le 9 janvier 1960 dans le service.

Syndrome méningé.

Présence de méningocoques dans le L.C.R.

Température à l'entrée : 38°.

- OBSERVATIONS N° 8 : *K... Leila, cinq ans*, habitant Sidi Salem à Bône, entre le 17 juin 1960 dans le service.

Syndrome méningé avec raideur de la nuque très importante.

Éléments purpuriques nombreux.

Présence de méningocoques dans le L.C.R.

Température : 37°4.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 9 : *E... Torquia, quarante ans*, domiciliée à Bône, entre le 3 mai 1960 dans le service.

Raideur de la nuque, contractures.

Vomissements, céphalée.

Purpura.

Méningocoque dans le L.C.R.

Température : 38° à l'entrée, maximum à 38°6 le lendemain.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 10 : *B... Yessa, cinq ans*, habitant à Bône, entre le 27 mars 1960.

Céphalées, vomissement depuis vingt-quatre heures.

Syndrome méningé.

Purpura important.

Température à 38°.

La P.L. ramène un liquide hypertendu, purulent, contenant des méningocoques.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 11 : *H... Mohamed, trente et un ans*, sans domicile fixe, entre le 24 mars 1960 dans le service.

A l'entrée :

— syndrome méningé;

— température à 38°;

— présence de méningocoques dans le L.C.R.

- OBSERVATION N° 12 : *A... Halima, huit ans*, habitant à Bône, entre dans le service le 12 février 1960.

Elle présente à l'entrée :

— un syndrome méningé;

— une température à 38°4.

On retrouve des méningocoques dans le L.C.R.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 13 : *H... Mohamed Salah, seize ans*, habitant à Bône, entre le 9 avril 1960 dans le service.

Il présente un syndrome méningé avec une température à 37°. Le lendemain soir, la courbe de température atteint son maximum : 38°4.

Le L.C.R. contient de nombreux polynucléaires, mais on n'y retrouve pas de germes à l'examen direct. La culture, par contre, sera positive. L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 14 : *D... Belkhacen, trente-huit ans*, habitant Sidi Salem à Bône, entre le 14 juillet 1960 dans le service.

Syndrome méningé.

Température : 38°6.

Ponction lombaire : liquide purulent contenant des polynucléaires altérés et des méningocoques.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 15 : *A... Latiffa, quatre ans*, habitant à Bône, entre le 11 avril 1960 dans le service.

Syndrome méningé.

Température à l'entrée : 38°5.

Le L.C.R. contient de nombreux polynucléaires altérés mais pas de germes.

Mise en culture qui sera positive. L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 16 : *F... Ali, cinquante-sept ans*, domicilié à Bône, entre le 16 mai 1960 dans le service.

Syndrome méningé.

Température : 38°6.

Présence de méningocoques dans le L.C.R. Evolution favorable.

- OBSERVATION N° 17 : *M... Fatima, treize ans*, habitant Bône, entre le 1^{er} février 1960 dans le service.

Syndrome méningé avec raideur de la nuque importante.

Température : 38°4.

Liquide céphalo-rachidien : 600 polynucléaires par mm³, présence de méningocoques.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 18 : *O... Homia, dix-sept ans*, habitant Yusuf, admise dans le service le 20 avril 1960.

Etat général très altéré.

Syndrome méningé.

Température : 38°4.

Liquide céphalo-rachidien louche, contenant des méningocoques.

- OBSERVATION N° 19 : *S... Mohamed Larbi, trois ans*, habitant à Bône, entre le 6 mai 1960 dans le service.

Syndrome méningé.

Température à 38°5.

Méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est favorable, mais la famille fait sortir l'enfant prématurément et nous en perdons la trace.

- OBSERVATION N° 20 : *G... Anne-Marie, dix ans*, habitant à Bône, entre le 13 mai 1960 dans le service.

Céphalée, vomissements, constipation.

Pas de raideur de la nuque.

Signe de Kernig positif.

Éléments purpuriques sur tout le corps.

Température : 38°4.

Présence de méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

A noter que le frère, âgé de huit ans, avait été admis la veille pour méningite cérébro-spinale à méningocoque.

L'évolution a été dans les deux cas favorables.

- OBSERVATION N° 21 : *C... Alain, dix ans*, habitant à Bône, entre dans le service le 10 juin 1960.

Syndrome méningé.

Eruption herpétique couvrant la face postérieure du pavillon de l'oreille.

Température à 38°4.

Méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est favorable.

* *

Nous avons donc pu observer 11 cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques dont la température de début est égale au maximum à 38°2. Dans les 10 autres cas, la température de début n'est jamais supérieure à 38°6.

Les 21 cas envisagés ne peuvent être traités de méningites frustes. Raideur de la nuque, Kernig sont constants. Le méningocoque est retrouvé dans 18 cas dans le liquide céphalo-rachidien. Dans les 3 cas où il est absent, la culture est positive. Enfin, dans 7 cas, nous avons noté un herpès ou un purpura.

Nous avons observé 12 cas de méningite cérébrospinale à méningocoques débutant à 39° - 40° selon les normes classiques. Dans 11 cas, nous trouvons des méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien. Dans 4 cas, purpura ou herpès accompagnent le tableau méningé. Enfin, nous déplorons un décès dans les premières heures d'hospitalisation d'une méningite accompagnée d'un syndrome infectieux sévère, malgré la mise en œuvre immédiate du traitement.

DEUXIEME GROUPE D'OBSERVATIONS

- OBSERVATION N° 1 : *B... Brabim, dix-huit ans*, élève au Centre Polyvalent à Bône, entre dans le service le 7 avril 1960.

Syndrome méningé.

Température : 39°.

Polynucléaires et méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 2 : *B... Deif, dix-sept ans*, habitant à Bône, entre le 5 mars 1960 dans le service.

Syndrome méningé.

Température : 39°.

Méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 3 : *H... Regina, douze ans*, habitant à Bône.

Syndrome méningé.

Température : 39°.

Méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

- OBSERVATION N° 4 : *A... Abdelkrim, sept ans*, habitant Yusuf, entre dans le service le 21 avril 1960.

Syndrome méningé.

Température à 39°.

Méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 5 : *Dil... Jacqueline, onze ans*, habitant à Bône, entre dans le service le 29 mars 1960.

Syndrome méningé.

Température : 39°5.

La ponction lombaire ramène un liquide louche, purulent. L'examen montre des polynucléaires altérés, pas de germes.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 6 : Z... *Myriem, sept ans*, habitant à Bône, entre dans le service le 1^{er} juillet 1960.

Syndrome méningé.

Température : 40°1.

Méningocoques dans le L.C.R.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 7 : M... *Maamoucha, dix-huit ans*, habitant à Bône, entre le 10 mai 1960 dans le service.

Syndrome méningé avec raideur de la nuque importante.

Herpès péri-buccal.

Température : 39°6.

Méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 8 : B... *Yacouta, treize ans*, habitant Sidi Salem à Bône, entre le 17 mai 1960 dans le service.

Syndrome méningé.

Herpès péri-buccal.

Quelques éléments purpuriques.

Température : 39°.

Méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 9 : C... *Pierre-André, quatre ans*, habitant à Bône, entre le 27 mars dans le service.

Syndrome méningé.

Température : 40°.

Le L.C.R. contient de nombreux polynucléaires mais pas de germes.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 10 : P... *Jacqueline, dix ans*, habitant à Bône, entre le 9 mai 1960 dans le service.

Syndrome méningé.

Vomissements importants et rebelles, mais bon état général.

Herpès péri-buccal.

Température : 38°8.

Méningocoques dans le L.C.R.

- OBSERVATION N° 11 : *H... Chérif, trois ans*, habitant à Bône, entre le 29 mars 1960 dans le service.

Syndrome méningé.

Purpura.

Température : 39°4.

Méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 12 : *F... Chérifa, cinq ans*, habitant à Bône, entre le 27 juin 1960 dans le service.

Syndrome méningé évoluant depuis quatre jours.

Syndrome infectieux sévère avec :

— température à 39°4;

— purpura.

Méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

Décédé dans la nuit du 27 au 28 juin.

* *

Après les formes à début peu fébrile et les formes banales de méningite cérébrospinale, étudions rapidement 5 observations de malades qui sont entrés dans le Service alors qu'ils étaient dans le coma.

Quatre d'entre eux ont bien réagi au traitement; le cinquième est décédé au bout de quatre jours d'hospitalisation.

TROISIEME GROUPE D'OBSERVATIONS

- OBSERVATION N° 1 : *M... Akila, dix ans*, habitant à Bône, entre le 24 avril 1960 dans le service.

Coma.

Etat de choc.

Température : 38°6.

Syndrome méningé.

L'examen du fond d'œil montre un œdème méningé.

Méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 2 : *B... Ali, dix-neuf ans*, habitant à Bône, entre le 4 avril dans le service.

Coma.

Syndrome méningé.

Très mauvais état général.

Purpura.

Température : 39°.

Présence de méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est favorable.

- OBSERVATION N° 3 : *R... Labdi, dix-neuf ans*, domicilié à Bône, entre le 3 février 1960 dans le service.

Coma.

Syndrome méningé.

Température : 39°8.

On ne retrouve pas de méningocoques à l'examen direct dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est favorable, le coma cède en quarante-huit heures.

- OBSERVATION N° 4 : *L... Abderhaman, trois ans*, habitant à Bône, entre le 26 mai 1960 dans le service.

Il présente :

— un coma avec agitation ;

- un syndrome méningé;
- un purpura important;
- un œdème articulaire atteignant le poignet et le coude;
- une température à 38°.

Présence de méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est favorable, sans séquelles. Un E.E.G. enregistré le 7 juin 1960 est normal.

- OBSERVATION N° 5 : S... *Mnaour*, quatre ans, habitant Sidi Salem à Bône, entre le 3 janvier 1960 dans le service.

Coma.

Etat de choc.

Syndrome méningé.

Température : 39°6.

Méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

Malgré la mise en œuvre immédiate du traitement, est décédé le 6 février 1960.

Considérons maintenant deux complications survenues toutes deux en début d'évolution de la maladie.

- OBSERVATION N° 1 : *B... Louisa, treize ans*, habitant à Bône, entre le 29 mai 1960 dans le service.

Syndrome méningé sévère évoluant depuis trois jours.

Raideur de la nuque importante.

Torpeur et délire.

Herpès.

Eruption purpurique.

Température : 38°6.

La ponction lombaire ramène un liquide purulent où l'examen montre des méningocoques.

On est frappé dès l'entrée par l'aspect de conjonctivite bilatérale.

Le spécialiste confirme quelques jours après une ophtalmie de l'œil droit, une uvéite totale de l'œil gauche.

Il s'agit d'une endophtalmie métastatique méningococcique.

La malade est évacuée à Alger sur un centre d'ophtalmologie.

- OBSERVATION N° 2 : *G... Sauveur, huit ans*, habitant à Bône, entre le 12 mai 1960 dans le service.

Syndrome méningé.

Température à 38°.

Méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

Mais nous constatons un strabisme convergent et une diplopie.

L'évolution est favorable. Strabisme et diplopie disparaissent en quarante-huit heures.

Un électro-encéphalogramme, enregistré le 16 mai, évoque le diagnostic de souffrance cérébrale diffuse à prédominance postérieure.

Un autre électro-encéphalogramme du 20 mai est normal.

La notion qui a guidé le traitement de ces différents cas a été l'association d'antibiotiques et de sulfamides dans les formes banales.

Nous avons employé l'association pénicilline - sulfamides - chloramphénicol dans 21 cas.

La pénicilline à la dose de 4.000.000 d'unités par vingt-quatre heures chez l'adultes, les sulfamides à la dose de 4 à 6 g.

Le chloramphénicol à la dose de 1,50 g à 2 g par vingt-quatre heures, *per os* ou intra-musculaire, quand les vomissements interdisaient la voie orale.

Dans d'autres cas, nous avons ajouté à l'association précédente 1 g de streptomycine, surtout lorsque le chloramphénicol était mal toléré.

Dans 4 cas, nous avons employé l'association pénicilline - streptomycine - sulfamides.

Nous n'avons jamais fait d'injection intra-rachidienne de sulfamides ou d'antibiotiques.

Dans les cas de syndrome infectieux sévère avec purpura et collapsus, nous avons associé au traitement antibiotique une perfusion veineuse d'hémisuccinate d'hydrocortisone.

Nous avons enregistré 2 échecs sur 41 cas traités. Ils sont dus tous deux à l'hospitalisation trop tardive du malade.

Dans l'ensemble, nous retenons la nécessité d'un traitement précoce, l'intérêt de l'association pénicilline - chloramphénicol - sulfamides.

Pour les formes graves, l'intérêt des corticoïdes associés aux antibiotiques.

CONCLUSIONS

Les facteurs sociaux, habitat et hygiène, jouent un rôle important dans l'éclosion de la méningite cérébrospinale.

La grande dispersion des germes par les porteurs sains fait que les cas envisagés semblent n'avoir aucun lien entre eux.

Les âges les plus touchés par la maladie sont la deuxième enfance et l'adolescence.

Les formes à début peu fébrile sont ici fréquentes, elles ne peuvent être appelées formes frustes, mais sont restées dans tous les cas des formes banales et ont bien réagi au traitement.

Les formes banales évoluent favorablement sous l'influence du traitement précoce par les associations d'antibiotiques ou de sulfamides.

Les formes graves nécessitent un traitement par l'association des antibiotiques et des corticoïdes.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
MOLLARET

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- BOYER, CORCE-HURET (L.) et TISSIER (M.). — Acquisitions récentes dans l'épidémiologie et la prophylaxie des maladies infectieuses. (Paris, Masson, 1952.)
- BROUARDEL (C.) et MARTIN (L.). — Traité d'hygiène. 2^e édition.
- CORNIER (Simone). — A propos d'une épidémie familiale de méningite cérébro-spinale. (Paris, 1955.)
- BRUN (Claude). — Contribution à l'étude du traitement des méningites cérébro-spinales graves chez l'adulte. (Paris, 1959.)
- DORGLER (Robert). — Traitement actuel des méningites purulentes. (Strasbourg, 1957.)
- DIRIART (H.), POUJOL (J.) et RAERLIN (J.). — Chloromycétine intramusculaire dans un cas de méningite aiguë à méningocoques. (*Presse Médicale*, 11 octobre 1952.)
- DOPTER (Ch.). — L'infection méningococcique. (Paris, Baillière, 1921.)
— L'épidémiologie de la méningite cérébro-spinale. (Paris, Baillière, 1938.)
- ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE : A. HERRAULT et A. MOUY.
- MARQUEZY, BRUMPT et THOMAS. — Prophylaxie de la méningite cérébro-spinale. Traitement des porteurs de germes méningococciques par le 1162 F. (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 5 avril 1940.)
- NETTER et DEBRÉ. — La méningite cérébro-spinale. (Masson, 1911.)
- PETITTEVILLE (Michel). — Contribution à l'étude des méningites purulentes de l'enfant. (Paris, 1957.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
RAPPEL HISTORIQUE	12
CHAPITRE I	13
CHAPITRE II	17
— <i>Premier groupe d'observations</i>	18
— <i>Deuxième groupe d'observations</i>	24
— <i>Troisième groupe d'observations</i>	27
CONCLUSIONS	31
BIBLIOGRAPHIE	33

